ITEM 277 : LITHIASE BILIAIRE

= Calcul dans l'arbre biliaire formé à partir de la bile, dans la vésicule/voie biliaire principale (VBP).
Très fréquent = 20 %, augmente avec l'âge (60 % > 80 ans) : 80 % asymptomatique, 20 % symptomatique (5 % compliquée).
➞ **Pas de dépistage indiqué. Aucun traitement nécessaire** en cas de lithiase vésiculaire asymptomatique !

FDR

Calcul cholestérolique (80 %)	**Calcul pigmentaire** (20 %)
Augmentation de la C° biliaire en cholestérol ➞ précipitation lithiasique - **Âge** > 60 ans, sexe **féminin** - **Grossesse**, multiparité - **Surpoids**/obésité ou variations importantes de poids - **Jeûne prolongé**, **nutrition parentérale** - **Antécédents** familiaux ou certaines ethnies - **Hypertriglycéridémie** - Médicament : **fibrates**, **œstrogène**, **analogues de la somatostatine** - ATCD de **gastrectomie**, **bypass, résection iléale** ➞ *L'hypercholestérolémie sanguine n'est pas un facteur de risque*	= Bilirubine non-conjuguée ➞ insoluble - ↗ Bilirubine : **hémolyse chronique** (drépanocytose, thalassémie)**, médicaments** - **Infection des voies biliaires** (chroniques+) - **Obstacle biliaire chronique** : **sténose de la VBP,** infection parasitaire, cirrhose… - Origine géographique : **Asie** NB : Il existe aussi des calculs mixtes

LITHIASE SYMPTOMATIQUE

Colique hépatique

C	= Douleur par mise en tension brutale des voies biliaires : blocage transitoire du calcul (canal cystique/VBP). - SF = douleur **:** brutale, intense, permanente, à type de broiement/crampe, épigastrique (60 %) ou hypochondre droit (30 %), inhibant l'inspiration forcée, irradiant vers l'épaule droite ou la fosse lombaire droite (hémi-ceinture), ± vomissements /!\ Pas de fièvre ni d'ictère /!\. - Durée : **< 6 heures.** - **SC** = **Signe de Murphy** : douleur inhibant la respiration à la palpation de l'aire vésiculaire. - Pas d'ictère : sinon évoquer une forme compliquée (Syndrome de Mirizzi).
Bio	- **Bilan hépatique et inflammatoire normaux** +++ si colique hépatique simple. - Si migration lithiasique : ↗ **ASAT/ALAT** ± importante et fugace ➞ baisse franche en 48 h.
Echo	= Référence : plus sensible (95%) que le scanner (lithiase parfois isodense) ou l'IRM. - **Calcul vésiculaire** (bonne sensibilité même si petite taille = 1 à 2 mm). - Recherche de **dilatation de la VBP** et/ou de **complications** (cholécystite, PA). ➞ ***En 2°intention*** *: scanner abdominal/bili-IRM à discuter.*
DD	- Syndrome coronarien aigu. - Ulcère gastro-duodénal. - Pancréatite aiguë.
PEC	- **Mise à jeun**, **antispasmodique** (phloroglucinol, trimébutine), **antalgiques** ± AINS. - **Cholécystectomie** réalisée < 1 mois pour éviter la récidive/complication, en **ambulatoire.**

Migration

Faisceaux d'arguments :
- Clinique : douleur de colique hépatique.
- Biologie :
  - Pas de syndrome infectieux (pas de fièvre, CRP normale).
  - Cytolyse (ALAT > ASAT) avec amélioration rapide (- 50 % en moins de 48 h).
- Echographie : calcul vésiculaire ± sludge, dilatation de la VBP inconstante.

LITHIASE COMPLIQUEE

Cholécystite aiguë

= Infection aiguë de la vésicule biliaire due à une obstruction prolongée du canal cystique .

C	- **Fièvre** avec frissons + **douleurs** type « colique hépatique » **> 6 heures** /!\ Pas d'ictère /!\. - Signe de Murphy + défense de l'hypochondre droit (contracture si grave).
Bio	- **Hyperleucocytose à PNN, ↗ CRP/PCT** : **Hémocultures** systématiques. - **Bilan hépatique normal** (complications si ↗ ASAT/ALAT, GGT, PAL, bilirubine, lipase).
Echo	**Diagnostic échographique :** - **Epaississement paroi vésiculaire ≥ 4 mm** (aspect en triple feuillet), calcul vésiculaire, distension vésiculaire, ***sludge*** (bile épaisse contenant des débris (pus), déclive). - Complications : **abcès paroi vésiculaire, épanchement péri-vésiculaire, dilatation VBP.** ➞ ***En 2°intention*** *: discuter le scanner abdominal.* *- DD d'un épaississement de la paroi vésiculaire : ascite, HTP, hépatite aiguë etc.* *- Diagnostic de cholécystite à parois fines : cholécystite gangreneuse (préperforatif).* *- Risque de cancer : si vésicule scléro-atrophique ou porcelaine (calcification de la paroi).*

		Complications	- **Péritonite biliaire** (perforation vésiculaire). - **Abcès** péri-vésiculaire/hépatique. - **Syndrome de Mirizzi** : compression de la VBP par un calcul cystique volumineux. - **Fistulisation biliaire** dans le duodénum ou le colon ➝ **iléus biliaire** si volumineux.
		PEC	- **Antalgie adapté** + **mise à jeun, remplissage vasculaire** si nécessaire. - **Antibiothérapie à large spectre** IV pendant 7 j : **Augmentin®** ou C3G + Imidazolé, ± Aminoside si forme grave, secondairement adapté, relai PO > 48 h d'apyrexie. - **Cholécystectomie** en urgence < 72 h par voie coelioscopique - risque de plaie de la VBP (0.3 % complication rare mais grave). *Attention : refroidir par ATB pour opérer à distance, expose à 17 % de récidive !* - Cholangiographie peropératoire si doute sur une lithiase de la VBP. - **Si calcul de la VBP associé** : traité au même temps opératoire (drain cholédocien) ou sphinctérotomie endoscopique biliaire secondairement.
	Angiocholite aiguë	= **Infection** aiguë de la VBP, généralement par **lithiase dans la VBP ou dans l'ampoule de Vater.**	
		C	- **Triade de Charcot (diagnostic clinique)** = apparition sur 48h : **douleur biliaire** + **fièvre** + **ictère.** - **Syndrome infectieux** souvent au 1er plan : **bactériémie, sepsis, choc septique.**
		Bio	- **Cholestase**, ↗ **bili totale et conjuguée**, ↗ **transaminase** à la phase aiguë. - Syndrome inflammatoire++ : **hyperleucocytose à PNN,** ↗ **CRP/PCT.** - **Hémocultures systématiques :** souvent positives à germe digestif. - Complications : **IRA** fonctionnelle puis organique, **thrombopénie septique**, **pancréatite**.
		Echo 1re intention	- Lithiase vésiculaire : évocateur. - Dilatation des voies biliaires extra-hépatique et intra-hépatique (**cholédoque > 8 mm**) – l'absence de dilatation des voies biliaires n'élimine pas un calcul enclavé (examen de deuxième intention). - Calcul de la voie biliaire principale : visualisé dans 30 à 50 % des cas.
		PC	- **Scanner abdominal injecté** (2°intention) : signes indirects = dilatation de la voie biliaire – calculs souvent invisibles. - **Bili-IRM** (non invasif) ou **EE** (invasif) (3°int) : mise en évidence de la lithiase de la VBP (sensibilité > 90 %).
		Complications	- **Choc septique**, défaillance multiviscérale. - **Abcès.** - **Angiocholite ictéro-urémigène** : association à une IRA (notion ancienne obsolète – LISA 2025).
		Autres causes	- **Sténose de la VBP** (**tumeur du pancréas** ou **de la VBP).** - **Parasite** (**ascaris**, **douve**). - Compression extrinsèque (**ADP**, **pseudokyste** de **pancréatite chronique**…) - **CPRE.**
		PEC	**Prise en charge médicale** (urgence) : - **Hospitalisation en USI ou USC** selon l'état de malade, **antalgie.** - **Si sepsis sévère/choc septique** : remplissage, amines vasopressives. - **Antibiothérapie large spectre IV** par **Augmentin®** ou C3G + Imidazolé, ± Aminoside. - **Cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) en urgence absolue** : sous AG, décompression biliaire par **sphinctérotomie** endoscopique biliaire et extraction du calcul (duodénoscopie à vision latérale). ➝ **Complication** (5-10 %) : **pancréatite aiguë** (1 %), **hémorragie** (1 %), **perforation** (1 %), **infection.** - Si non disponible/malade instable : **drainage transcutané des voies biliaires** sous échoguidage. - Autre : chirurgie de la voie biliaire principale (exceptionnelle). - **Cholécystectomie** à distance, selon le terrain du patient et la présence de cholécystite.
	Pancréatite aiguë biliaire		= Inflammation aigue du pancréas par migration d'un calcul dans l'ampoule de Vater. Associée ou non à une **angiocholite** et/ou une **cholécystite.** - Si **PA non grave** : cholécystectomie au cours de la même hospitalisation. - Si **PA grave** : cholécystectomie à distance à 6 – 8 semaines. - CPRE et ABT uniquement si angiocholite aiguë associée.

	Lithiase de la VBP	= Migration lithiasique sans infection/pancréatite, ± ictère si obstruction prolongée. - Douleur de colique hépatique sans fièvre/syndrome inflammatoire. - Dg = ↗↗ **transaminases**, amélioration rapide (**diminution d'au moins 50 % en <48 h**). - **Echographie** (1°intention) : calculs vésiculaires, pas de dilatation des voies biliaires en général : examen peu sensible. - En **2e intention** : discuter **bili-IRM / EE** (plus sensibles pour les calculs du cholédoque). *NB : TDM moins sensible que l'IRM/EE pour les calculs du cholédoque.* - **Désobstruction** si obstruction prolongée : • Cholécystectomie avec désobstruction per-opératoire. • Sphinctérotomie endoscopique biliaire puis cholécystectomie < 72 h.
	Autres complications	- **Iléus biliaire** : occlusion du grêle par migration d'un calcul biliaire enclavé dans la valvule de Bauhin (par fistule cholédoco-duodénale). - **Syndrome de Bouveret :** occlusion haute avec calcul bloqué dans le duodénum (par fistule cholécysto-duodénale).